

ИНФОРМАЦИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕРИ РЕБЕНКА

ИМЯ РЕБЕНКА:	НОМЕР ДЕЛА:
ИМЯ РАБОТНИКА, ВЕДУЩЕГО ДЕЛО:	НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА:

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ:

- Пишите ручкой, печатными буквами.
- Заполните все разделы формы. Если не знаете как ответить на данный вопрос, укажите "не знаю".
- Форма А 67 разделена на две отдельные части. Часть I содержит "идентифицирующую" (личную) информацию и будет содержаться конфиденциально. Эта информация не будет предоставляться Вашему ребенку,енному на усыновление, или его/ее приемным родителям без Вашего письменного разрешения на это. Раздел II содержит "неидентифицирующую" (общую) информацию. Калифорнийский закон об усыновлениях требует, чтобы копия Части II данной формы, содержащая медицинскую, психологическую и социальную информацию, предоставлялась приемным родителям до завершения процедуры усыновления и по письменному требованию усыновляемого ребенка по достижению им 18-летнего возраста.

РАЗДЕЛ I – ИДЕНТИФИЦИРУЮЩАЯ (ЛИЧНАЯ) ИНФОРМАЦИЯ О БИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕРИ

A. ИМЯ/АДРЕС:

ИМЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕРИ (ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ	ДРУГИЕ ИМЕНА, ПОД КОТОРЫМИ ИЗВЕСТНА	
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ	ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ, ДЕНЬ, ГОД)	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД, ШТАТ, СТРАНА)
АДРЕС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)		НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ЗОНАЛЬНЫЙ КОД) НОМЕР	
ПОСТОЯННЫЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС) *		ПОСТОЯННЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ЗОНАЛЬНЫЙ КОД) НОМЕР	

ОГРАНИЧЕНИЯ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ПОСТОЯННОГО ПОЧТОВОГО АДРЕСА, ЕСЛИ ЕСТЬ

B. РОДИТЕЛИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕРИ - (Родители, вырастившие Вас)

ИМЯ МАТЕРИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕРИ РЕБЕНКА (ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	ИМЯ ОТЦА БИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕРИ РЕБЕНКА (ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)
АДРЕС УЛИЦА ГОРОД	АДРЕС УЛИЦА ГОРОД
ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ЗНАЕТ ЛИ ВАША МАТЬ ОБ ЭТОМ УСЫНОВЛЕНИИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ	ЗНАЕТ ЛИ ВАШ ОТЕЦ ОБ ЭТОМ УСЫНОВЛЕНИИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ

ЕСЛИ В БУДУЩЕМ НАМ БУДЕТ НЕОБХОДИМО НАЙТИ ВАС, МОЖЕМ ЛИ МЫ СВЯЗАТЬСЯ С ВАШЕЙ МАТЕРЬЮ?

 ДА НЕТ

ЕСЛИ В БУДУЩЕМ НАМ БУДЕТ НЕОБХОДИМО НАЙТИ ВАС, МОЖЕМ ЛИ МЫ СВЯЗАТЬСЯ С ВАШИМ ОТЦОМ?

 ДА НЕТ

C. ОТЦОВСТВО РЕБЕНКА:

ИМЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ОТЦА РЕБЕНКА (ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	ПОСТОЯННЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ЗОНАЛЬНЫЙ КОД) НОМЕР
ПОСЛЕДНИЙ ИЗВЕСТНЫЙ АДРЕС (УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ГОСУДАРСТВО, ЕСЛИ ЗА ПРЕДЕЛАМИ США.)	

D. БРАЧНАЯ ИСТОРИЯ:

1. Замужем ли Вы? ДА НЕТ Если Да, имя мужа? _____
(ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

Его адрес? _____

НАСТОЯЩЕЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О БРАКЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО В (ГОРОД, ОКРУГ, ШТАТ)

МЕСТО БРАКОСОЧЕТАНИЯ (ГОРОД, ОКРУГ, ШТАТ)	ДАТА БРАКОСОЧЕТАНИЯ (МЕСЯЦ, ДЕНЬ, ГОД)
---	--

* ПРИМЕЧАНИЕ: Важно, чтобы Вы всегда извещали Департамент социального обслуживания Калифорнии о любых изменениях Вашего постоянного почтового адреса.

2. Были ли у Вас другие браки? Да Нет Если Да, ответьте на следующие вопросы:

ИМЯ БЫВШЕГО СУПРУГА	ГДЕ ВЫПИСАНО БРАЧНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО	ДАТА И МЕСТО БРАКОСОЧЕТАНИЯ	ДАТА И МЕСТО РАЗВОДА	ЕСЛИ СУПРУГ УМЕР, УКАЖИТЕ ДАТУ ИМЕСТО СМЕРТИ	КОЛ-ВО ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ХВ ЭТОМ БРАКЕ
1.					
2.					
3.					

E. ДРУГИЕ ДЕТИ:

Есть ли у Вас другие дети, кроме ребенка, отданного на усыновление? Да Нет

Если Да, тогда ответьте на нижеследующие вопросы.

ИМЯ РЕБЕНКА	ПОЛ М / Ж	ОТМЕТЬТЕ(У) ЕСЛИ КРОВНЫЙ РОДСТВЕННИК УСЫНОВЛЯЕМОМУ ПОЛНЫЙ НА ПОЛОВИНУ	ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА	КТО ЗАБОТИТСЯ ОБ ЭТОМ РЕБЕНКЕ? (Укажите родственные отношения с ребенком)
1.				
2.				
3.				
4.				

F. ПРЕДКИ ИЗ АМЕРИКАНСКИХ ИНДЕЙЦЕВ:

Имеет ли кто-либо в Вашей семье, со стороны матери или отца, предков из американских индейцев? .. Да Нет

Если Да, тогда заполните форму А 4311 Информация об американо-индейском ребенке

Если Да, укажите из какого племени Место расположения (обитания) племени

Зарегистрированы ли Вы, или Ваши родители, в настоящее время в этом племени, или были ли любые Ваши предки когда-либо зарегистрированы в этом племени? Да Нет

Если Да, укажите Ваш или их регистрационный(е) номер(а)

Имели ли Вы, Ваши родители, прародители или любые предки когда-либо Свидетельство степени индейского происхождения (индейской крови)(С IB)? Если Да, приложите копию Свидетельства к этому вопроснику. Да Нет

G. ПСИХОТЕРАПИЯ:

Посещали ли Вы когда-либо психолога, психотерапевта, клинического социального работника, психиатра или специалиста по проблемам поведения и привычек по поводу любых эмоциональных или психологических проблем, а также проблем с поведением, которые Вы возможно имели? Да Нет

Если Да, тогда ответьте на нижеследующие вопросы.

ДАТА/Ы И ПРИЧИНА/Ы ПОЛУЧЕНИЯ УХОДА/ЛЕЧЕНИЯ:

ИМЯ ТЕРАПЕВТА ИЛИ АГЕНТСТВА, ПРЕДОСТАВИВШЕГО
УХОД/ЛЕЧЕНИЕ:

АДРЕС:

УКАЖИТЕ ЛЕКАРСТВА, НАЗНАЧЕННЫЕ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ:

ПРИЧИНА ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ, ЕСЛИ ОНО ПРЕКРАЩЕНО:

H. ВОПРОСЫ УСЫНОВЛЕНИЯ:(Только для независимых усыновлений)

- Есть ли у Вас адвокат, защищающий Ваши интересы во время этого усыновления? Да Нет
- Является ли Ваш адвокат также адвокатом приемных родителей? Да Нет Не знаю
- Кто оплатил расходы по беременности, предродовому уходу и во время родов?
- Оплатили ли приемные родители любые из Ваших расходов на проживание? Да Нет
Если Да, то сколько?
- Калифорнийский закон об усыновлениях устанавливает, что биологические родители, отдающие ребенка на усыновление, должны лично знать следующую информацию о предполагаемых приемных родителях: их полное законное имя; возраст; религию; расу или этническое происхождение; продолжительность настоящего брака и количество предыдущих браков; род занятий/работу; наличие в их доме других детей или взрослых; есть ли у них другие дети, не проживающие в их доме, и платят ли они алименты на этих детей и выполняют ли они свои обязательства по их выплате; есть ли у них проблемы со здоровьем, которые могут повлиять на продолжительность их жизни или ограничить их нормальную жизнедеятельность; есть ли у них судимости за любые преступления, кроме незначительных нарушений правил дорожного движения; забирали ли у них из дома детей за жестокое обращение с ребенком или непредставление надлежащего ухода; район их проживания, или, если требуется, их адрес.
- Есть ли у Вас, по крайней мере, эта информация о приемных родителях? Да Нет
- Какая дополнительная информация Вам нужна, или что еще Вы хотели бы знать о приемных родителях?
- Встречались ли Вы с приемными родителями? Да Нет
- Если Да, насколько хорошо Вы знакомы с ними?

ПОДПИСЬ БИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕРИ

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМЫ

Вышеприведенная информация представлена: (Отметьте соответствующую клеточку)

Биологической матерью Биологическим отцом Другим лицом(объясните)

ИМЯ РЕБЕНКА:	НОМЕР ДЕЛА:
--------------	-------------

ИМЯ РАБОТНИКА, ВЕДУЩЕГО ДЕЛО:	НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА:
-------------------------------	---------------------

РАЗДЕЛ II – НЕИДЕНТИФИРУЮЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О БИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕРИ

Эта информация будет предоставлена приемным родителям и будет доступна Вашему ребенку. Отвечайте полностью на все вопросы, насколько это возможно.

ЧАСТЬ I – ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕРИ ВРЕМЯ РОЖДЕНИЯ УСЫНОВЛЯЕМОГО РЕБЕНКА

A. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ И ФИЗИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ:

РОСТ	ОБЫЧНЫЙ ВЕС	ЦВЕТ ГЛАЗ	ЦВЕТ КОЖИ	НАТУРАЛЬНЫЙ ЦВЕТ ВОЛОС	НАТУРАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ВОЛОС (ОТМЕЧАЙТЕ ВСЕ ПРИМЕНИМОЕ)
					<input type="checkbox"/> ТОНКИЕ <input type="checkbox"/> СРЕДНИЕ <input type="checkbox"/> ГУСТЫЕ <input type="checkbox"/> ПРЯМЫЕ <input type="checkbox"/> ВОЛНИСТЫЕ <input type="checkbox"/> КУДРЯВЫЕ <input type="checkbox"/> ЛЫСЕЮЩИЕ
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ГОД)	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ШТАТ)	ГРУППА КРОВИ	РЕЗУС ФАКТОР	ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ	ВЫ ПРАВОРУКАЯ? <input type="checkbox"/> ИЛИ ЛЕВЩА? <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> УЗКАЯ КОСТЬ <input type="checkbox"/> СРЕДНЕЕ <input type="checkbox"/> ШИРОКАЯ КОСТЬ	

РАСА/ЭТНИЧЕСКАЯ ГРУППА

Белая Испанская Филиппинская Черная Азиатская или тихоокеанско-островная

Американские индейцы или коренные жители Аляски Другое (Укажите) _____

Если происходите из американских индейцев или коренных жителей Аляски, укажите название племени и степень индейского происхождения (если знаете) _____

ОСОБЕННОЕ НАЦИОНАЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ (НАПРИМЕР: ИРЛАНДСКОЕ, ФРАНЦУЗСКОЕ, НЕМЕЦКОЕ, КИТАЙСКОЕ, МЕКСИКАНСКОЕ, НИГЕРИЙСКОЕ)

B. ОБРАЗОВАНИЕ:

СКОЛЬКО ЗАКОНЧИЛИ КЛАССОВ	УЧИТЕСЬ ЛИ СЕЙЧАС?	ОБЫЧНЫЕ ОЦЕНКИ В ШКОЛЕ	ДРУГОЕ ОБУЧЕНИЕ
	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		

ВНЕКЛАССНЫЕ ЗАНЯТИЯ

КАКИМИ ПРЕДМЕТАМИ ИНТЕРЕСОВАЛИСЬ ОСОБО

C. РОД ЗАНЯТИЙ/ПРОФЕССИЯ:

РОД ЗАНЯТИЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ	ОБЫЧНЫЙ РОД ЗАНЯТИЙ
-------------------------------	-------------------	---------------------

ВАШИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ? (ПРИМЕР: СТАТЬ УЧИТЕЛЕМ, СВАРЩИКОМ, ПРОДАВЦОМ, И Т.Д.)

D. ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ:

ОПИШИТЕ СВОЮ ЛИЧНОСТЬ: ВАШИ ОБЫЧНЫЕ ПРИВЫЧКИ; СКЛАД ХАРАКТЕРА; НАСТРОЕНИЯ; ЗАНЯТИЯ, В КОТОРЫХ ВЫ УЧАСТВУЕТЕ; ЛЮДИ, С КОТОРЫМИ ВАМ НРАВИТСЯ ОБЩАТЬСЯ; И Т.П.

ОПИШИТЕ ВАШИ ТАЛАНТЫ, УВЛЕЧЕНИЯ И ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕЛИ.

ОПИШИТЕ ВАШЕ ДЕТСТВО.

E. ВОПРОСЫ УСЫНОВЛЕНИЯ:

Религия:

Какую религию Вы исповедуете? _____

ХОТЕЛИ ЛИ ВЫ ВЫ, ЧТОБЫ ВАШ РЕБЕНОК ВОСПИТЫВАЛСЯ В РЕЛИГИОЗНОЙ ВЕРЕ ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ, ЕСЛИ ОНА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВАШЕЙ?

ДА НЕТ

ЕСЛИ НЕТ, ТО В КАКОЙ РЕЛИГИОЗНОЙ ВЕРЕ ВЫ ХОТЕЛИ БЫ, ЧТОБЫ ВОСПИТЫВАЛСЯ И РОС ВАШ РЕБЕНОК? _____

ПОЧЕМУ ВЫ ОТДАЛИ ЭТОГО РЕБЕНКА НА УСЫНОВЛЕНИЕ? (ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЧАЙТЕ ТЩАТЕЛЬНО, НАСКОЛЬКО ЭТО ВОЗМОЖНО. ДАННЫЙ ВОПРОС УСЫНОВЛЕННЫЕ ДЕТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАЮТ АГЕНТСТВАМ ПО УСЫНОВЛЕНИЮ.)

ЕСЛИ ВАШ РЕБЕНОК БЫЛ ОТДАН НА УСЫНОВЛЕНИЕ НЕ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ, ПРЕДСТАВЬТЕ ИНФОРМАЦИЮ О ТОМ, КАК ОКАЗЫВАЛСЯ УХОД ЗА ЕГО ЗДОРОВЬЕМ И РАЗВИТИЕМ ДО УСЫНОВЛЕНИЯ.

ДОПУСКАЕТЕ ЛИ ВЫ ВОЗМОЖНОСТЬ ТОГО, ЧТО УСЫНОВЛЕННЫЙ РЕБЕНОК СВЯЖЕТСЯ С ВАМИ, КОГДА ВСТУПИТ ВО ВЗРОСЛУЮ ЖИЗНЬ, И ЧТО ВЫ ДУМАЕТЕ ОБ ЭТОМ?

F. МЕНСТРУАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ (МЕСЯЧНЫЕ) БИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕРИИ ИСТОРИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РЕБЕНКА:

1. МЕНСТРУАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ	В КАКОМ ВОЗРАСТЕ У ВАС НАЧАЛИСЬ МЕСЯЧНЫЕ?	СКОЛЬКО ПРОДОЛЖАЮТСЯ ВАШИ МЕСЯЧНЫЕ?	РЕГУЛЯРНЫЕ ЛИ ОНИ?	КОЛ-ВО ДНЕЙ В ЦИКЛЕ
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
ЕСТЬ ЛИ У ВАС ПРОБЛЕМЫ С МЕСЯЧНЫМИ?		ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ "ES BABY"?		
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ЕСЛИ ДА, ОБЪЯСНИТЕ		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ		
2. ДАННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ:	ИМЯ И АДРЕС АКУШЕРА, ОБЕСПЕЧИВАВШЕГО ПРЕДРОДОВОЙ УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ _____			
	ИМЯ АКУШЕРА	АДРЕС	УЛИЦА	ГОРОД,
				ШТАТ
				ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
КОГДА НАЧАЛСЯ ПРЕДРОДОВОЙ УХОД?	В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ВЫ ЗАБЕРЕМЕНЕЛИ?	СКОЛЬКО НЕДЕЛЬ ДЛИЛАСЬ ЭТА БЕРЕМЕННОСТЬ?	ТИП РОДОВ	
			<input type="checkbox"/> ОДНОЧНЫЕ <input type="checkbox"/> КРАТНЫЕ <input type="checkbox"/> ЕСЛИ КРАТНЫЕ, СКОЛЬКО ДЕТЕЙ?	
БЫЛИ ЛИ ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ЭТОЙ БЕРЕМЕННОСТИ?				
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ЕСЛИ ДА, ОБЪЯСНИТЕ				
3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВО ВРЕМЯ ЭТОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	КРАСНУХА <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ИНФЕКЦИИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	БОЛЕЗНИ, ПРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ <input type="checkbox"/> ГЕРПЕС <input type="checkbox"/> ГОНОРЭ <input type="checkbox"/> СИФИЛИС <input type="checkbox"/> ХЛАМИДИЯ <input type="checkbox"/> ПОЛОВЫЕ БОРОДАВКИ	ВИРУСНЫЕ (ГРИПП И ДР.) <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
				НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ ... <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

4. ЛЕКАРСТВА, ПРИНИМАЕМЫЕ ВО ВРЕМЯ ЭТОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И В ТЕЧЕНИЕ ОДНОГО ГОДА ДО БЕРЕМЕННОСТИ:

а. Лекарства по рецептам: [Укажите название/я]	ПРИНИМАЕМЫЕ ВО ВРЕМЯ ЭТОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (Отметьте <input checked="" type="checkbox"/> под соответствующей колонкой)		ВТЕЧЕНИЕ ОДНОГО ГОДА ДО ЭТОЙ БЕРЕМЕННОСТИ		КОГДА?	КАК ЧАСТО?	КОЛИЧЕСТВО?
	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ			
1.							
2.							
3.							
4.							
б. Лекарства без рецепта. Включая аспирин, капли от насморка и т.п.							
1.							
2.							
3.							
4.							
с. Алкоголь и другие субстанции:							
1. Алкоголь (вино, пиво, и т.п.)....							
2. Амфетамины (возбудители).....							
3. Барбитураты (успокоители)							
4. Табак.....							
5. Кокаин.....							
6. Крек.....							
7. Героин							
8. ЛСД							
9. Фенилциклидин РСР							
10. Марихуана.....							
11. Другое (укажите).....							

Употребляли ли Вы когда-либо наркотики внутривенно? ДА НЕТ

G. ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:

ОПИШИТЕ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ

КАКИЕ У ВАС БЫЛИ ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ?

- | | | |
|---|---|--|
| КОРЬ: <input type="checkbox"/> КРАСНУХА (3 ДНЯ) <input type="checkbox"/> СВИНКА | <input type="checkbox"/> СЕННАЯ ЛИХОРАДКА <input type="checkbox"/> ИНФЕКЦИИ УХА | <input type="checkbox"/> РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА УХА <input type="checkbox"/> РЕВМАТИЗМ |
| <input type="checkbox"/> КРАСНУХА (2 НЕДЕЛИ) <input type="checkbox"/> ВЕТРИНАЯ ОСПА | <input type="checkbox"/> РОЗЕОЛА <input type="checkbox"/> ЭНЦЕФАЛИТ | <input type="checkbox"/> ШУМЫ В СЕРДЦЕ <input type="checkbox"/> ИНФЕКЦИИ МОЧЕПОЛОВЫХ ПУТЕЙ |
| | <input type="checkbox"/> АСТМА <input type="checkbox"/> МЕНИНГИТ | <input type="checkbox"/> ОСКАРПАНИА <input type="checkbox"/> ДРУГОЕ (Укажите) |

ЛЮБЫЕ СЕРЬЕЗНЫЕ ОПЕРАЦИИ?

ДА НЕТ ЕСЛИ ДА, ПО КАКОЙ ПРИЧИНЕ И КОГДА?

ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ:

ДВОЙНЕЙ ТРОЙНЕЙ ОДНИМ ИЗ ДЕТЕЙ ОТ ДРУГИХ КРАТНЫХ РОДОВ

ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ

ИДЕНТИЧНЫМ ИЛИ ДИЗИГОТНЫМ БЛИЗНЕЦОМ

H. СЕМЕЙНАЯ ИСТОРИЯ:

БЫЛИ ЛИ ВЫ, ИЛИ ДРУГИЕ БЛИЖАЙШИЕ ЧЛЕНЫ ВАШЕЙ СЕМЬИ УСЫНОВЛЕНЫ?

ДА НЕТ ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ КТО

	ВАШБИОЛОГИЧЕСКИЙ ОТЕЦ		ВАШБИОЛОГИЧЕСКАЯ МАТЬ	
Возраст (в наст. времени)...				
Если умер/ла, в каком возрасте				
Причина смерти				
Рост и вес	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС
Цвет и структура волос ...				
Цвет глаз.....				
Цвет кожи				
Левша или праворукий/ая				
Выдающиеся черты				
Образование				
Род занятий/профессия ..				
Раса/этническая группа ..	<input type="checkbox"/> БЕЛАЯ <input type="checkbox"/> ИСПАНСКАЯ <input type="checkbox"/> ЧЕРНАЯ <input type="checkbox"/> ФИЛИППИНСКАЯ <input type="checkbox"/> АЗИАТСКАЯ ИЛИ ТИХООКЕАНСКАЯ <input type="checkbox"/> ДРУГАЯ (Укажите) <input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски		<input type="checkbox"/> БЕЛАЯ <input type="checkbox"/> ИСПАНСКАЯ <input type="checkbox"/> ЧЕРНАЯ <input type="checkbox"/> ФИЛИППИНСКАЯ <input type="checkbox"/> АЗИАТСКАЯ ИЛИ ТИХООКЕАНСКАЯ <input type="checkbox"/> ДРУГАЯ (Укажите) <input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски	
Национальность				
Религия				
Знал ли этот родитель о Вашей беременности?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
Сколько братьев и сестер он/она имел/а?.....				
Если кто-либо из Ваших дядей или теть умер/ла, укажите в каком возрасте и причину смерти				

	РОДИТЕЛИ ВАШЕГО ОТЦА		РОДИТЕЛИ ВАШЕЙ МАТЕРИ	
	ОТЕЦ	МАТЬ	ОТЕЦ	МАТЬ
Возраст				
Если умер/ла, укажите в каком возрасте и причину смерти				
Опишите внешний вид				
Рост и вес	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС
Выдающиеся черты				
Образование				
Нынешний или прошлый род занятий/профессия				
Знал ли он/она о Вашей беременности?.....	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	

Н. СЕМЕЙНАЯ ИСТОРИЯ(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ВАШИ БРАТЬЯ И СЕСТРЫ

(Если более 4 человек, укажите на отдельном листе бумаги.)

	1	2	3	4
Пол (Мужской или женский)).				
Возраст				
Если умер/ла, укажите в каком возрасте и причину смерти				
Полный или полукровный брат или сестра?	<input type="checkbox"/> ПОЛНЫЙ <input type="checkbox"/> ПОЛУКРОВНЫЙ			
Рост и вес.....	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС
Цвет и структура волос				
Цвет глаз				
Цвет кожи				
Таланты и увлечения				
Образование				
Учится ли в настоящее время?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
Род занятий.....				
Знают ли о беременности? ...	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
Семейное положение				
Кол-во детей, которые они имеют				
Здоровье их детей				

ДРУГИЕ ВАШИ ДЕТИ

(Если более 4 ДЕТЕЙ, укажите на отдельном листе бумаги)

	РЕБЕНОК #1	РЕБЕНОК #2	РЕБЕНОК #3	РЕБЕНОК #4
Укажите сын или дочь				
Дата рождения или возраст ..				
Является ли этот ребенок полным или полукровным братом или сестрой усыновляемого?.....	<input type="checkbox"/> ПОЛНЫЙ <input type="checkbox"/> ПОЛУКРОВНЫЙ			
Если умер/ла, укажите в каком возрасте и причину смерти				
Причина смерти				
Рост и вес	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС
Цвет и структура волос				
Цвет глаз				
Цвет кожи				
Левша или праворукий/ая? ...				
Уровень образования в школе				
Проживает ли этот ребенок с Вами?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
Увлечения и таланты				
Общее состояние здоровья...				
Серьезные операции.....				
Проблемы со здоровьем				
Знал ли этот ребенок о Вашей беременности	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			

I. ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ: ВАША, ВАШИХ РОДИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ ВАШИХ РОДСТВЕННИКОВ

Укажите, отметив соответствующую графу, имели ли Вы или любые Ваши РОДСТВЕННИКИ (напр. Ваши родители, братья, сестры, тети, дяди, бабушки, дедушки и другие дети, рожденные Вами, и т.п.), или имеете ли в настоящее время заболевания, указанные ниже. Укажите родство по отношению к Вам. Пожалуйста, заполните раздел Комментарии. Если заболевание привело к смерти члена семьи, укажите это, а также возраст человека к моменту смерти в разделе Комментарии.

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	НЕТ	НЕ ЗНАЮ	ДА Сама	ДА-РОДСТВЕННИК (Укажите родство)	КОММЕНТАРИИ
A. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ					
1. Косолапость или другая ортопедическая проблема (напр. плоскостопие, и т.п.)					
2. Заячья губа или волчья пасть					
3. Синдром Дауна					
4. Другие хромосомные аномалии					
5. Гидроцефалия					
6. Мышечная дистрофия					Какие части тела вовлечены? С какого возраста?
7. Низкорослость					
8. Spina bifida					
9. Врожденный порок сердца					
10. Анемия					
11. Болезнь Tay-Sachs (генная)					
B. АЛЛЕРГИИ					Какие аллергии? Какое лечение или лекарства применяются?
1. Экзема или другое кожное заболевание					
2. Сенная лихорадка или другая аллергия					
3. Лекарственные аллергии					К каким лекарствам?
4. Пищевые аллергии					К каким продуктам?
C. ГЛАЗНЫЕ, УШНЫЕ, ЗУБНЫЕ И БОЛЕЗНИ РАЗВИТИЯ					
1. Слепота, глаукома, дальтонизм или другие проблемы зрения					
2. Очки или контактные линзы					С какого возраста возникла нужда в линзах по рецепту?
Близорукость <input type="checkbox"/>					
Дальнозоркость <input type="checkbox"/>					
Астигматизм <input type="checkbox"/> (неспособность фокусировки)					
Косоглазие <input type="checkbox"/>					
Другое (объясните) <input type="checkbox"/>					
3. Скобки на зубах или другие ортодонтические проблемы					Если так, какая была оказана ортодонтическая помощь и как долго?

I. ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ: ВАША, ВАШИХ РОДИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ ВАШИХ РОДСТВЕННИКОВ (Продолжение)

МЕДИЦИНСКОЕ СОСТОЯНИЕ	НЕТ	НЕ ЗНАЮ	ДА Сама	ДА-РОДСТВЕННИК (Укажите родство)	КОММЕНТАРИИ
4. Глухота или другие проблемы слуха					Специальная школа? Если Да, с какого возраста?
5. Проблемы речи					
6. Неспособность к обучению					Диагноз? Госпитализация?
7. Замедленность: умственная или физическая					
D. РАССТРОЙСТВА КРОВООБРАЩЕНИЯ					
1. Гемофилия					
2. Анемия					
3. Гипертония (высокое давление)					С какого возраста? Какое лечение? Госпитализация?
4. Паралич					
5. Сердечный приступ (коронаротромбоз)					
6. Артрит					Какого рода? С какого возраста? Какая часть тела?
7. Заболевание почек					С какого возраста? Какое лечение?
E. ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ					
1. Диабет					
2. Заболевание щитовидной железы					
3. Тучность (избыточный вес)					
F. РЕСПИРАТОРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ					
1. Астма					
2. Эмфизема					С какого возраста?
3. Туберкулез					С какого возраста? Какого рода? Какая часть тела?
G. РАССТРОЙСТВА ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ					
1. Диагностированная шизофрения					
2. Диагностированный Маниакально-депрессивный синдром					
3. Другие психические заболевания. Опишите, если нужно, на отдельной бумаге					
4. Алкоголизм или запой					
5. Злоупотребление лекарствами					Какие, в каком количестве, когда принимает?

I. ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ: ВАША, ВАШИХ РОДИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ ВАШИХ РОДСТВЕННИКОВ (Продолжение)

МЕДИЦИНСКОЕ СОСТОЯНИЕ	НЕТ	НЕ ЗНАЮ	ДА Сама	ДА-РОДСТВЕННИК (Укажите родство)	КОММЕНТАРИИ
H. ЛИМФАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА					Какого рода? С какого возраста? Какая часть тела?
1. Рак					
2. Опухоли					
3. Кистозный фиброз					
4. Болезнь Ходжкина					
I. ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ					Какие части тела вовлечены? С какого возраста?
1. Множественный склероз					
2. Болезнь Хантингтона					
3. Церебральный паралич					
4. Припадки или конвульсии					С какого возраста? Какое лечение? Частота?
5. Эpileпсия					
J. ИНФЕКЦИИ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ					Диагноз?
1. Повторные приступы лихорадки с известной инфекцией					
2. Повторная серьезная инфекция, требующая госпитализации					
3. Госпитализация, операция, или рана					С какой целью? Когда?
K. ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЛИ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ					